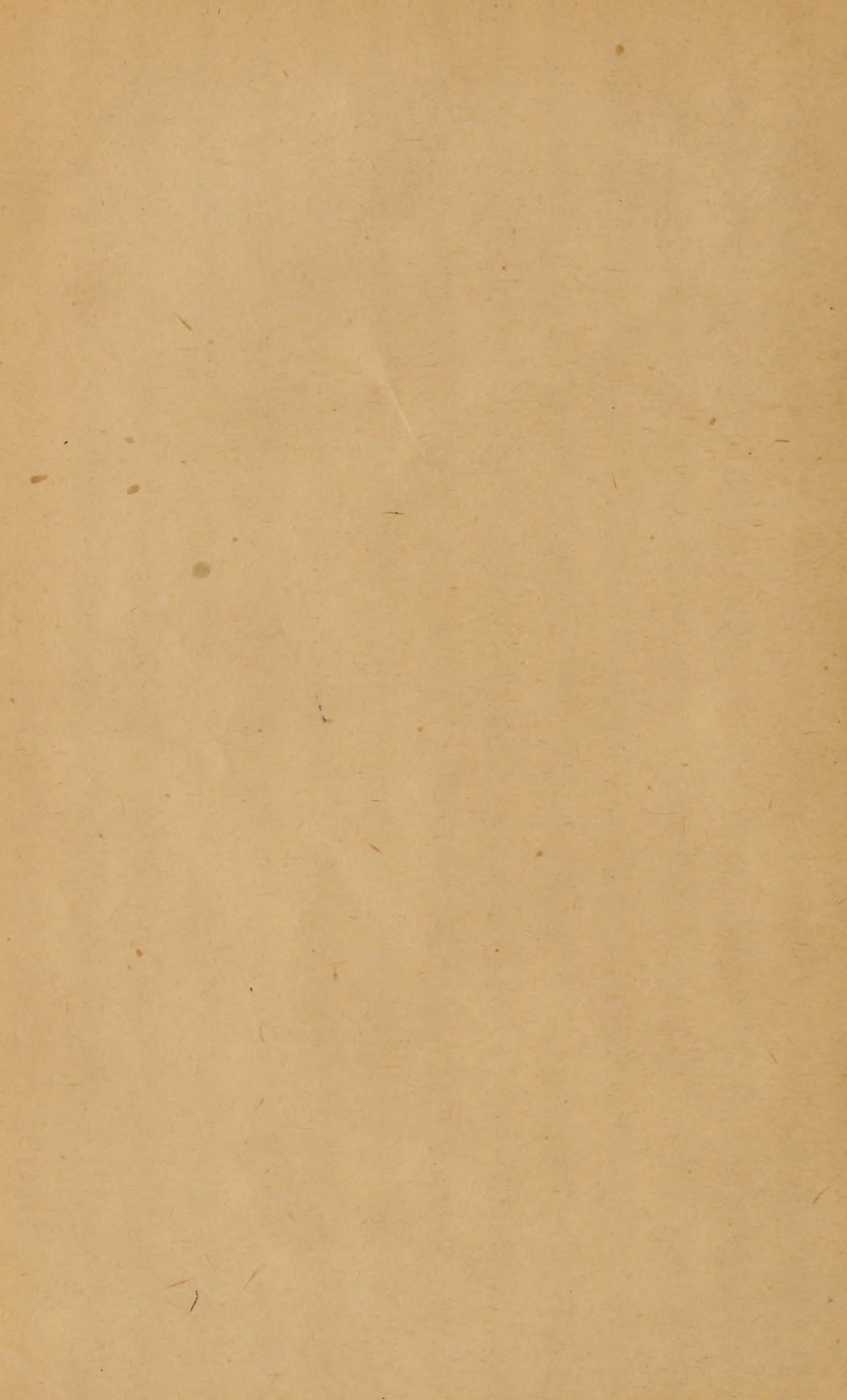
These

In hoc signo vinces.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 31 DE OUTUBRO DE 1905

POR

João Baptista Gomes da Luz

Natural do Estado de Pernambuco

A FIM de OBTER O GRÁU

DE

DOUTOR em MEDICINA

——«:o:»——

DISSERTAÇÃO

Do Lupus de Cazenave

(Synopse)

Cadeira de clinica dermatologica e syphiligraphica

———

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada
uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA
TYP. NORTISTA DE I. PINHEIRO
35 — RUA CHILE — 35
1905

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDC BRITTO
VICE-DIRECTOR—Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
J. Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histologia
Augusto C. Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Raymundo Nina Rodrigues	Medicina legal e Toxicologia.
Luiz Anselmo daFonseca	Hygiene.
	5.ª SECÇÃO
Braz Hermenegildo do Amaral	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica 2.ª cadeira
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victoriode Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
J. Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

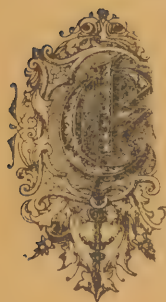
Lentes Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho (interino)	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª
Josino Correia Cotias	4.a »
Antonino Baptista dos Anjos (interino)	5.a
João Americo Garcez Fróes	6.a »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.a »
J. Adeodato de Sou a	8.a
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.a »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Carlos Ferreira Santos	11. »
Luiz Pinto de Carvalho (interino)	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

Dissertação

CAPITULO I

Esboço historico, definição e etio-pathogenia

ESBOÇO historico—Foi em 1827 que Rayer escreveu sobre o lupus erythematoso, primeiro trabalho até então apparecido.

Esta dermatose foi tambem estudada por Fuchs, sob o nome de «seborrhéa adultorum,» por Bateman, por John Erichsen em 1845 e muitos outros. Rayer descreveu-a sob o nome de «fluxo sebaceo», Hebra denominou-a de «seborrhéa congestiva».

Em 1828 Biett distinguiu duas grandes variedades de lupus erythematoso, separando-as sob os nomes de «erythema centrifugo» e «dartro que destróe em superficie».

Cazenave e Schedel em 1847, falando sobre o dartro que destróe em superficie, dizem que esta fórma era a que Biett designava pelo nome de erythema centrifugo.

A principio separadas por Biett, pois as considerava distinctas pela sua origem, foram depois unidas pela similhança de suas lesões elementares. Foi em 1851 que Cazenave classificou o erythema centrifugo como uma variedade do lupus e então lhe dava o nome de lupus erythematoso, abrangendo assim as duas denominações de Biett.

Em 1856 Cazenave reconheceu e escreveu sobre o lupus erythematoso do couro cabelludo.

Em 1872 Kaposi descreveu uma forma de lupus erythematoso agudo, cujo erupção abundante é de importancia secundaria, relativamente á intensidade dos phenomenos geraes que na maioria dos casos são mortaes.

Quanto ào lupus erythematoso das mucosas, foi em 1888 que appareceram os primeiros trabalhos concernentes a esta dermatose, publicados por Vidal e Feulard; antes porém, nada havia, pois Bazin, Duhring e outros limitaramse unica e exclusivamente a indical-o sem fixar os seus caracteres.

Diz Hallopeau: vistas novas têm permittido n'estes ultimos annos ligar á tuberculose, diversas molestias que até então eram consideradas distinctas; estas affecções encontram-se em maior numero de vezes ou exclusivamente nos tuberculosos e não podem ser ligadas a uma outra molestia geral; entretanto geralmente os bacillos não são encontrados e ellas são excepcional ou absolutamente inoculaveis.

Este auctor conclue dizendo: «ellas são devidas á acção de toxinas emanadas de fócos bacillares e transportadas pela circulação á distancia de seu fóco de origem».

Exames histologicos repetidos, principalmente por Darier, mostram que não ha differença essencial entre os diversos processos ainda indeterminados que sobrevêm no caso de lupus erythematoso discoide e a efflorescencia typica das tuberculides.

Em 1896 Darier propoz applicar o nome de tuberculides ás manifestações cutaneas bacillares ou não da tuberculose, como é o de syphides á todas as dermatoses syphiliticas.

Esta nova classificação, contestada por alguns auctores e absolutamente recusada por Neisser, Jadassohn e Audry, é vivamente acei-

ta por Bœck, Hallopeau, Leredde e muitos outros.

Parece-nos que não devemos recusal-a. A maioria dos dermatologistas admittem a divisão das tuberculides em duas ordens: tuberculides bacillares e toxi-tuberculides.

N'esta ultima acham-se ao lado do lupus erythematoso o lichen scrofulosorum, as tuberculides papulosas, o erythema endurecido, as tuberculides papulo-erythematosas, etc.

No grupo das tuberculides bacillares, achamse: a tuberculide miliar aguda, o lupus vulgar, a tuberculide gommosa, o tuberculo anatomico etc.

Definição-Lupus erythematoso é uma dermatose caracterisada principalmente por um erythema com infiltração dermica seguida de atrophia. (Cazenave).

Etio-pathogenia—Diversas são as theorias para explicar a genese desta dermatose.

Malcolm Morris considera o lupus erythematoso como uma inflammação chronica da pelle local na sua origem e local principalmente na sua evolução.

Elle crê subordinado ás influencias physiologicas ou pathologicas de ordem vaso-motora e a acção dos agentes physicos.

Robinson, escrevendo sobre a etiologia e anatomia pathologica do lupus erythematoso, diz que trata-se provavelmente de uma molestia chronica devida a um agente microbiano unico e local.

E' a theoria infectuosa aquella que tem mais adeptos.

D'entre os partidarios désta theoria quasi todos admittem a acção local de uma infecção geral e concordam que a tuberculose é o agente infectuoso; os outros porém, nenhuma idéa têm sobre o germen e não crêm que seja o bacillo de Koch.

Parece-nos á primeira vista racional admittir como Brocq que as infecções de origem diversa possam determinar o lupus erythematoso.

Franz Koch apresenta um caso em que foi impossivel achar o agente infectuoso, praticando a autopsia.

Blaschko cita um caso em que o lupus erythematoso se desenvolveu immediatamente a um ataque de grippe.

O que sabemos porém é que actualmente continuam na mesma obscuridade, aquelles que não admittem tratar-se da tuberculose seja qual fôr a sua fórma.

Se consultarmos as estatisticas de Bœck, veremos que a influencia da tuberculose torna-se evidente.

Este eminente dermatologista achou 85% de casos de tuberculose do paciente.

Roth apresenta na sua recentissima estatistica de 250 casos de lupus erythematoso, 185 de tuberculose de localisação variavel.

A tuberculina tem dado resultados mais ou menos satisfatorios, porquanto na maioria dos casos apresenta reacção.

Aquelles que não admittem a theoria tuberculosa apresentam argumentos contra esta, dizendo que têm sido infructiferas as pesquizas do bacillo de Koch e que as inoculações dão constantemente resultados negativos.

Este ultimo argumento não é de tão grande valor como parece, porquanto o lupus de Willan, cuja natureza é hoje perfeitamente conhecida por todos os dermatologistas é difficilmente inoculavel.

São diversas as theorias tuberculosas do lupus erythematoso.

Citamos em primeiro logar a de Brocq que admitte a influencia das toxinas sobre os centros

nervosos trophicos de certos territorios cutaneos agindo como augio-motoras.

Audry achou em tres casos de lupus erythematoso lesões histologicas tuberculosas com cellulas gigantes.

Uma outra theoria tuberculosa do lupus erythematoso explica a genese dos accidentes pelas embolias de bacillos attenuados que desapparecem rapidamente dos tecidos onde foram levados pelo sangue.

Esta hypothese parece encontrar a sua justificação em um caso de Philippson onde se achou com effeito um embolo bacillar como nucleo de uma tuberculide. Haury, Fordyce e Holder dão grande valor á thrombose e consideram-n'a como lesão primitiva desta dermatose e das tuberculides.

Isto só porém não nos satisfaz.

Precisamos saber se esta thrombose é de facto primitiva, porque d'ella depende a justificação da theoria pathogenica do lupus erythematoso por embolia—e se estas embolias são constantes.

O eminente dermatologista Brocq tende a considerar sempre tuberculosa a fórma de lupus «erythematoso fixo», caracterisada pela sua lo-

calisação unilateral ou assymetrica, sua profundeza e sua evolução lenta; a outra forma clinica que é designada sob o nome de «erythema centrifugo» e caracterisada pela symetria, superficialidade e extensão rapida, para elle e alguns auctores nem sempre procede da tuberculose.

Não achamos a razão de ser tal differença, porquanto sabemos que existem variedades intermediarias ás duas fórmas clinicas, para que similhante distincção nos pareça justificada.

A edade, o clima e o sexo parecem ter grande influencia sobre o desenvolvimento do lupus erythematoso.

Edade—São rarissimos os casos de lupus erythematoso até a edade de 17 annos. A sua maior frequencia é observada dos 30 aos 35 annos. A sua raridade torna-se notavel a partir de 50 annos.

Alguns casos observados na edade de 60 e até mesmo de 70 annos são puramente excepcionaes.

Clima—A sua frequencia é muito mais notada nos habitantes dos paizes onde a temperatura chega abaixo de 15 gráus, em que o ar se acha carregado de humidade, como acontece nos paizes septentrionaes da Europa, dando-se justamente

o contrario n'aquelles que habitam os paizes meridionaes.

Entre nós não é muito frequente.

Sexo—E' mais frequente na mulher que no homem; é esse portanto quem paga o maior tributo.

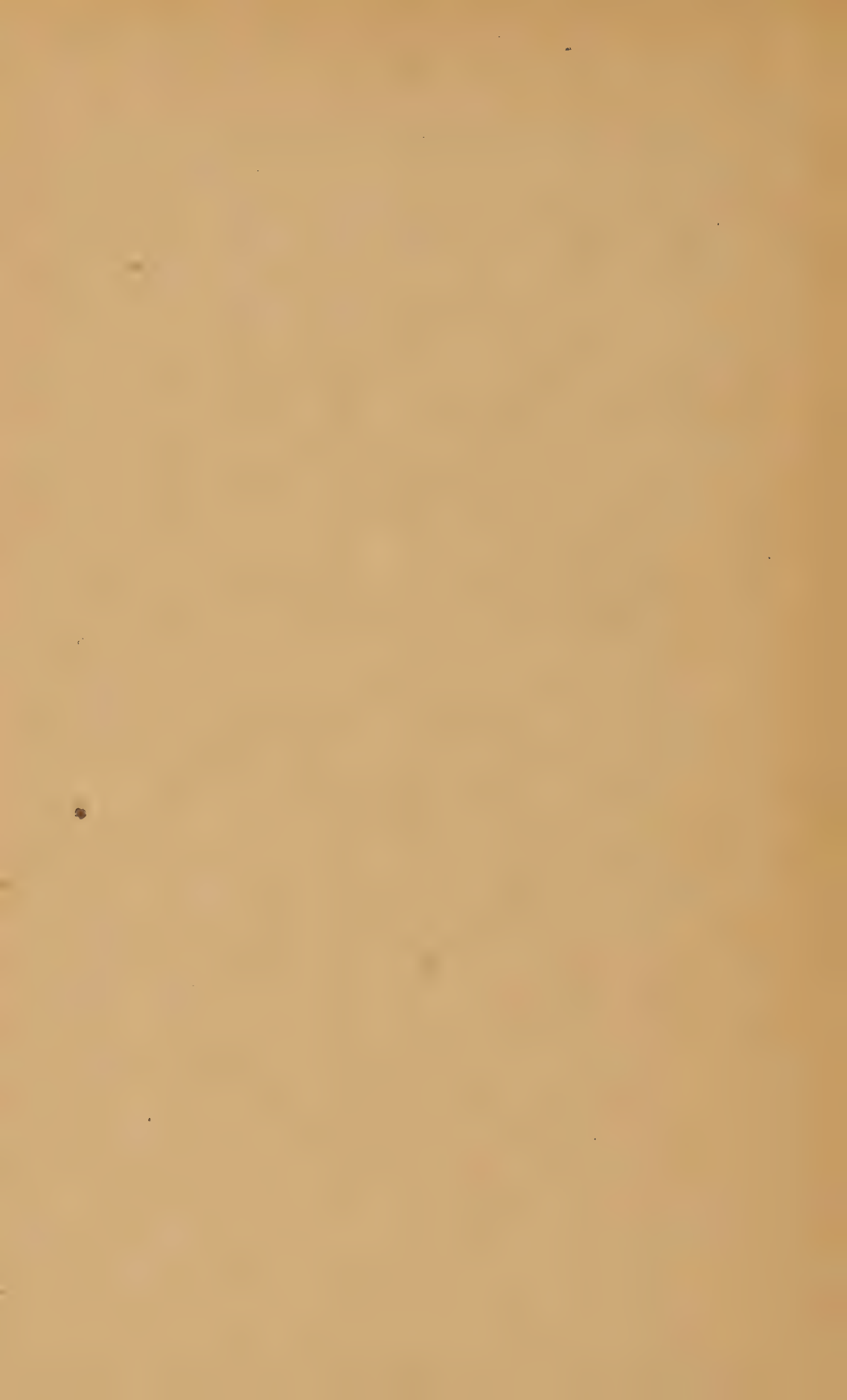
Bœck apresenta uma estatistica de 45 casos em que 35 eram mulheres.

Qual a causa desta predilecção pela mulher? Incriminamos como factores a chlorose, a anemia, e principalmente as pertubações menstruaes, as multiplas modificações que se dão no seu apparelho genital, taes como: a dysmenorrhéa, a amenorrhéa, a metrorrhagia, a prenhez, as metrites, etc.

Para Kaposi as mulheres estereis, attingidas de molestias consumptivas, são particularmente predispostas ao lupus erythematoso agudo disseminado.

Podemos affirmar que esta dermatose procede da tuberculose, parece-nos que por mechanismos diversos.

Terminamos portanto este pallido esboço da etio-pathogenia do lupus erythematoso, considerando-o como uma manifestação tuberculosa como affirmam Hutchinson, Bœck, Besnier, Hallopeau, Leredde e a maior parte dos dermatologistas.

Luz.

CAPITULO II

Anatomia pathologica

Um dos primeiros phenomenos clinicos que nos chama a attenção, algumas vezes o primeiro e o unico, é a dilatação vascular.

As lesões epitheliaes manifestam-se desde o começo d'esta dermatose e vão tornando-se mais notaveis á proporção que esta affecção vae evolvendo-se, sobrevindo uma infiltração cellular da derma não só na camada superficial como na profunda.

As agglomerações cellulares são mais accentuadas ao redor dos vasos e glandulas cutaneas.

No periodo de evolução notam-se uma grande dilatação e irregularidade dos capillares, assim como percebe-se o espessamento do endothelium.

O edema do chorion, irregularmente espalhado torna-se mais pronunciado nos espaços conjunctivos.

Muita vez as lesões se constituem rapidamente, isto acontece nos casos verdadeiros de lupus erythematoso.

Este estado pode demorar-se havendo casos em que certos erythemas não têm lesões outras a não ser uma infiltração superficial e perivascular da derma sem diffusão de elementos anormaes, nem alterações cellulares. N'este periodo pode existir uma hyperkeratose dos orificios das glandulas sebaceas e sudoriparas. Assim, podemos distinguir no lupus erythematoso, lesões epidermicas, dermo-vasculares e glandulares.

Lesões epidermicas—Entre as multiplas lesões epidermicas encontradas na placa do lupus erythematoso no periodo de estado, em que estas lesões se tornam mais caracteristicas, a que mais importancia tem não só sob o ponto de vista histologico como clinico, é a hyperkeratose, que traduz-se pela estratificação de laminas corneas, abundantemente impregnadas de gordura, atravessando toda a superficie e dobrando-se para internar-se nos orificios glandulares e em alguns pontos intermediarios.

O corpo mucoso de Malpighi é a séde de numerosas e intensas alterações cellulares

As cellulas profundas d'esta camada soffrem uma alteração colloide. Diz Leloir que muitas vezes verifica-se um adelgaçamento do corpo mucoso, desapparecendo algumas vezes completamente, e uma alteração da camada

granulosa (desapparição da kerato-hyalina) assim como do *stratum-lucidum*. As cellulas *da* camada geradora são muito alongadas e o protoplasma muito reduzido.

Nota-se não só a hypertrophia das cellulas epidermicas como tambem a sua multiplicação; as mitoses são raras e os leucocytos, raramente vêm se collocar entre ellas.

Lesões dermo-vasculares—As alterações do lupus erythematoso consistem principalmente em uma infiltração cellular generalisada diffusa no corpo papillar e nas camadas profundas da derma. (Leloir).

Esta infiltração è constituida a principio por cellulas fixas de tecido conjunctivo, de lymphocytos ou plasmazellen, de leucocytos, encontrando-se tambem cellulas pigmentares, typos cellulares estes que podem ser reconhecidos na peripheria das massas infiltradas.

A maioria dos auctores está de accordo quanto a desapparição rapida das cellulas conjunctivas da camada dermica, não havendo porêm duvida de que algumas persistem soffrendo uma hypertrophia do seu nucleo.

O infiltrato nos casos intensos invade totalmente a derma, chegando até mesmo á epiderma.

Existe concorrentemente uma inflamação dos vasos com proliferação da tunica interna; uns são obliterados, outros dilatados, notando-se ao mesmo tempo vasos neoformados, assim como frequentes hemorrhagias.

Para Leredde estas alterações vasculares tem um valor capital porque são encontradas em um grupo de toxi-tuberculides, porém na opinião de Koch estas lesões são mais notaveis no lupus erythematoso agudo.

Leloir affirma que nunca se acham cellulas gigantes nos fócos e sim cellulas com nucleos multiplos. Esta opinião não deve e nem pode ter um valor absoluto, porquanto sabemos que o preclaro mestre Audry em tres casos typicos de lupus erythematoso verificou a existencia de cellulas gigantes onvolvidas de nucleos.

Não devemos dar tão grande importancia a canaliculisação do infiltrato como quer Unna que seja uma, das lesões mais importantes do lupus erythematoso, por quanto esta lesão tem sido observada por um pequeno numero de dermatologistas.

Outros dão um grande valor á thrombcse e consideram-n'a como a lesão primitiva d'esta dermatose e das tuberculides.

Lesões glandulares--Segundo a opinião de Hebra, Neumann e Kaposi a séde primitivà e anatomica das lesões do lupus erythematoso era nas glandulas cutaneas. Ora a opinião d'estes auctores que consideravam as glandulas como o ponto de partida das lesões, foi por muito tempo combatida e hoje está perfeitamente reconhecido que a alteração das glandulas é secundaria e não primitiva. Ha com effeito no interior e na peripheria das glandulas e folliculos pilosos um augmento de numero e de volume das cellulas normaes.

Hoje a maioria dos dermatologistas està de accordo em reconhecer que se faz no conducto excretor das glandulas sebaceas uma activa proliferação cellular.

Unna, nega esta opinião dizendo que ahi se dá um phenomeno passivo de obstrucção por cellulas e residuos epitheliaes, opinião esta recusada pela maioria dos dermatologistas.

Parece-nos que esta affecção não começa por estas glandulas, mas por uma inflammação chronica de pelle que determina secundariamente uma proliferação de cellulas da região, diz Vidal em vista de ter-se encontrado casos de lupus erythematoso na palma das mãos.

Leloir e outros observaram em um grande numero de casos uma dilatação glandular devida á retenção produzida pela obliteração das glandulas sebaceas, existindo concomitantemente com os processos phlegmasicos que se dão nos vasos.

Os acinos parecem intumescidos e suas vias de excreção são ampliadas e as cellulas sebaceas acham-se no gráu mais adiantado de sua evolução normal.

As cellulas da camada geradora são muito volumosas; intumescidas de materia sebacea e seu nucleo pequeno não se còra facilmente, distinguindo-se assim das cellulas centraes.

O collo e o conducto excretor das glandulas alargam-se devido á estase do *sebum* e talvez tambem em consequencia das transformações periphericas do tecido conjunctivo e a atrophia pela parada da funcção, pode ser a consequencia d'este estado prolongado.

No lupus antigo e muito accentuado esta atrophia, manifesta se pela existencia de dilatações epitheliaes e kysticas.

N'estas cavidades acham-se detritos epitheliaes. Este estado atrophico não depende da antiguidade nem do desenvolvimento do lupus

erythematoso, pois podemos notar nos processos pouco desenvolvidos quer em superficie quer em profundeza uma atrophia muito accentuada.

Os glomerulos das glandulas sudoriparas soffrem communmente uma atrophia progressiva influenciada pelo infiltrato que os envolve. As glandulas sudoriparas podem ficar intactas por muito tempo, porém não é commum.

Quando os glomerulos não se acham no estado atrophico completo notam-se muita vez granulações nas cellulas secretóras.

Além d'estas lesões, outras fazemos notar como a degeneração colloide, a hyalina de certas cellulas conjunctivas e epitheliaes.

Os phenomenos degenerativos se accentuam á proporção que o infiltrato augmenta de densidade, vindo em auxilio da resolução das massas lupicas a phagocytose; a pelle por sua vez vae cessando de produzir laminas e massas corneas na superficie, chegando ao periodo de regressão que se manifesta pela atrophia dos elementos, terminando-se com a cicatriz.

Estas lesões podem soffrer variações em algumas fórmas anormaes de lupus erythematoso.

Quanto ao lupus das mucosas podemos dizer que as lesões são as mesmas que as da pelle.

As vasculares e perivasculares são mais patentes ao redor da rêde papillar e sub-papillar.

A cicatrização segue a mesma marcha que na pelle.

CAPITULO III

Symptomatologia e formas clinicas

Para methodizar o nosso modesto trabalho, diremos em primeiro logar algumas palavras sobre a symptomatologia do lupus de Cazenave em geral, descrevendo depois succintamente as principaes fórmas clinicas com os seus respectivos caracteres.

Dos symptomas encontrados no lupus erythematoso é o eryrthema o de maior importancia clinica.

Este erythema roseo ou vermelho ora obedece a uma symetria, ora se acha disseminado em máculas irregularmente espalhadas em toda a face.

Muita vez o rubor que pode ser uniforme ou variado só é visivel na peripheria das placas, o centro é coberto por uma epiderma secca, escamosa, rugosa e adherente, fazendo sangrar a pelle pelo arrancamento.

Esta camada adherente muita vez é substituida por uma crôsta molle, espessa e muito menos unida a qual podemos arrancal-a facilmente.

Abaixo della vemos os mesmos cônes e depressões, como se dá no arrancamento d'aquella. Esta crôsta por sua vez pode faltar e a superficie vermelha descoberta pode ser rugosa e irregular apresentando em alguns pontos ulcerações e em outros coberta de residuos epitheliaes ou seborrheicos, dominando portanto este quadro morbido o espessamento da derma e uma infiltração uniforme. Os symptomas que fornece a cicatriz se juntam a todos estes. Frequentemente central e unica a cicatriz pode algumas vezes manifestar-se por uma multiplicidade de ilhótas, irregularmente espalhadas, abrangendo o lupus em toda a sua extensão.

Passemos agora a descrever as variadas fórmas clinicas por que pode manifestar-se o lupus de Cazenave.

Formas clinicas—Entre as classificações citadas por diversos auctores colhemos uma que nos pareceu mais satisfazer ao clinico.

Fundando-se na evolução clinica, Brocq divide o lupus erythematoso em duas grandes

classes: lupus erythematoso fixo e erythema centrifugo.

Lupus erythematoso fixo—N'este grupo achamse as variedades clinicas que se apresentam com o maximo de lesões epitheliaes e dermo-vasculares.

O lupus erythematoso fixo, geralmente não observa symetria e attinge todo e qualquer ponto da face; a sua evolução se faz lentamente, fica por muito tempo localisado, affectando na sua marcha caracteres que approximam-n'o do lupus vulgar.

Como o erythema centrifugo, esta fórma clinica se manifesta sob tres variedades, epitheliaes, congestivas e mixtas.

Variedades epitheliaes—De todas as fórmas epitheliaes do lupus erythematoso fixo, a mais perfeita é o herpes cretaceo de Devergie, descripta depois por Hardy com o nome de escrofulide acneica, fórma que occupa indistinctamente qualquer ponto da face. como já dissemos, na maioria dos casos com symetria.

O estado congestivo é pouco accentuado e as escamas são muito adherentes.

As depressões cicatriciaes variam de 1 á 2 millimetros, e ás vezes mais.

Nos casos intensos os orificios sebaceos são completamente destruidos.

Ao lado do herpescretaceo de Devergie acham-se as fórmas designadas sob o nome de lupus erythemato-acneico. O seu começo se faz mais claramente pelos orificios pilo-sebaceos, se bem que haja concomitantemente hyperkeratose da superficie epidermica intermediaria. Notamos uma ou diversas placas symetricas formadas de pequenas papulas peri-pilosas, sem congestão, havendo uma simples induração e enorme hyperkeratose do folliculo. As cicatrizes são profundas. Certos lupus que se manifestam no couro cabelludo pertencem a estas fórmas folliculo-epitheliaes. Dizem alguns auctores que o lupus erythemato-acneico parece se approximar muito do ulerythema acneiforme de Unna.

Variedades vasculares e epitheliaes mixtas—Entre as fórmas epitheliaes e as congestivas existe uma serie de variedades que fazem transição clinica. Acham-se comprehendidas n'este grupo as fórmas de seborrhéa congestiva e o lupus erythemato-follicular de Besnier. Na fórma de seborrhéa congestiva a face pode ser coberta parcialmente por placas de extensão variavel, invadindo algumas vezes uma pequena superficie

e cobertas de uma crôsta amarellada, gordurosa e molle, pouco adherente se fraccionando facilmente quando se procura arrancal-a; outras vezes porém nota-se uma serie de pequenas placas separadas por sulcos no fundo dos quaes percebe-se a derma, cuja côr é vermelha viva.

Arrancadas o que é facil, estas crôstas parecem providas de longos prolongamentos deixando as depressões correspondentes mais ou menos profundas.

A pelle subjacente é pouco infiltrada e vermelha. A fórma erythemato-follicular é uma das mais communs, differindo do herpes cretacco pela menor quantidade de escamas, pela adherencia mais fraca e existencia de uma congestão viva que ultrapassa as placas epitheliaes; espaços vermelhos e espaços cicatriciaes se intercalam ordinariamente na sua extensão.

Esta variedade pode ser encarada como transição áquellas onde a congestão e a infiltração representam o papel preponderante. Além d'estas fórmas acham-se as variedades vasculares que se approximam do angiokeratoma.

Alguns auctores, entre elles Brocq, acham que ha alguma analogia d'esta affecção com o

lupus pernio que adeante fallaremos e o lupus erythematoso.

Passemos agora a descrever as variedades mixtas em que a infiltração representa o papel principal.

N'estas fórmas embora o elemento vascular e as lesões epitheliaes tenham certa impõrtancia são entretanto collocados em segundo logar relativamente á intensidade e profundeza da infiltração embryonaria. Estas variedades podem estabelecer a transição clinica com o lupus vulgar. Certos lupus erythematosos superficiaes, pouco vasculares e com lesões epitheliaes minimas, têm as maiores analogias com o lupus erythematoide de Leloir pelo que pode haver grande diffilculdade em separal-os.

O lupus erythemato-tuberculoso de Besnier, erythematoide de Leloir representa clinicamente uma transição entre o lupus de Willian e o de Cazenave.

E' observado geralmente na face, raramente no pescoço, no tronco e nos memdros. O erythematoso profundo de Brocq cujo infiltrato é consideravel, approxima-se muito do lupus vulgar pelo seu aspecto. E' em geral menos symetrico

que as fórmas precedentes e não soffre como ellas a hyperkeratose epithelial; os bordos são mais irregulares, nitidamente limitados e a neoformação lupica, espessa, de 2 á 3 millimetros, irregularmente distribuida, fórma uma camada de superfície desegual, coberta de um epithelium secco, e em alguns pontos crôstas escamosas, que mostram uma superficie vermelha e sangrenta pelo arrancamento.

Os prolongamentos da face inferior das escamas são curtos e raros.

Não ha orificios glandulares ou pilosos porque a intensidade da infiltração os faz desapparecer, assim como a superficie irregular não apresenta as pontuações tão communs nas outras fórmas de lupus erythematoso e sim um estado aspero e escamoso, notando-se uma congestão diffusa dos tecidos assim como a falta de arborisações vasculares.

Ha casos em que podemos notar nas placas algumas cicatrizes centraes, cujo aspecto se approxima ora das finas cicatrizes do lupus erythematoso congestivo, ora das cicatrizes mais ou menos profundas e irregulares do herpes cretaceo. Em opposição a esta fórma de evolução

lenta e bordos recortadas e irregulares, podemos descrever uma forma *circinada em cocarde*, especie de lupus iris de evolução mais rapida e fórma mais regular que se apressnta com o aspecto de discos elevados com algumas escamas cinzentas, adherentes á superficie.

Depois de alguns mezes de evolução tem a a fórma de uma macula composta de tres zonas concentricas, sendo a zona central deprimida, irregular e violacea, apresentando frequentemente pontuações brancas, a zona intermediaria um annel de largura variavel, de côr amarellada ou acinzentada, apresentando na epiderma a mesma pontuação fina e por fim na peripheria a zona de progressão, marcada pela rede vascular e os pontos brancos de que já falamos.

Erythema centrifugo—As fórmas fixas fazem transição insensivel com o erythema centrifugo, classe de evolução mais rapida que se caracterisa pela superficialidade das lesões, pela symetria e predominancia dos symptomas erythematosos e edematosos sobre os symptomas epitheliaes e de infiltração embryonaria.

A sua subdivisão em fórmas epitheliaes, congestivas e mixtas é mais difficil de conservar. Os seus limites são pouco nitidos porque a evo-

lução mais rapida e o caracter extensivo das placas parecem não dar ás lesões o tempo de manifestarem-se com toda intensidade e adquirirem os caracteres extremos.

Entre o lupus erythemaroso fixo e o erythema centrifugo existe uma variedade de erythemas, chamados persistentes que se encontram na fronte e nas bochechas, dispostos frequentemente de um modo symetrico, de coloração rosea, vermelha ou violacea. Nota-sa nas maculas uma congestão diffusa que desapparece desde que exerçamos a mais leve pressão com o dedo, podendose notar algumas vezes finas dilatações vasculares irregularmente disseminadas. Existe outra variedade muito commum onde a côr das maculas è menos pronunciada e apresenta uns traços amarellados. Pelo exame attento nota-se grande quantidade de pontos brancos, cercados por uma fina rêde rosea ou vermelha, dando-se ordinariamente uma descamação superficial muito ligeira. No erythema centrifugo typico, as lesões elementares são muito simples. Esta variedade se apresenta sob o aspecto de rubores circinados, invadindo a face symetricamente, evoluindo com rapidez sem deixar cicatrizes apparentes.

A descamação falta completamente e em muitos casos podemos observar alternativamente

o retrocesso e reproducção das placas. Esta variedade pode ser menos fugaz ou se acompanhar de dilatações capillares persistentes que tornam-n'a analoga pelo seu aspecto á acnea telangiectasica. Entre estas variedades assignala-se o vespertilio conhecido tambem pelo nome de lupus erythemato-escamoso da face que pode offerecer transições entre o erythema centrifugo e o erythema fixo, occupando ordinariamente o dorso do nariz, as orelhas e é notavel pela sua symetria.

Ao lado d'estas fórmas congestivas acha-se o lupus pernio caracterisado por uma coloração livida ou violacea, com tumefacção do tegumento, muito persistente,podendo durar annos e se exaggerar pela acção do frio, se acompanhado de excoriações e de escharas superficiaes dando logar a uma atrophia cicatricial da pelle. Notam-se tambem dilatações folliculares (Besnier e Tenneson).

Raramente notam-se nodulos de luspus vulgar. Manifesta-se geralmente em primeiro logar no pavilhão auricular. Quando occupa as extremidades digitaes determina dystrophias das unhas que se traduzem pelo adelgaçamento destes orgãos tornando-os sem brilho.

Variedades epithelias e vasculares mixtas— Nas formas centrifugas as transformações epitheliaes são sempre de mediocre intensidade. Notam-se pequenas escamas seccas e adherentes, providas de pequenos prolongamentos corneos.

Na variedade seborrheica do erythema centrifugo se notam lesões do nariz tão vizinhas da seborrhéa, como o rubor e o exsudato dos orificios sebaceos que torna-se difficil o diagnostico, servindo-nos para differencial-a lesões outras mais caracteristicas, as maculas lenticulares de diametros variaveis podendo ser de alguns millimetros a 2 centimetros, cobertas de uma crôsta gordurosa, irregular e friavel sobre uma pelle vermelha que sangra pelo arrancamento da escama.

Esta variedade se distingue do lupus erythematoso fixo pela sua evolução.

A variedade ptyriasiforme se caracterisa pela abundancia de pequenas escamas, delgadas, seccas e adherentes, diffundidas em toda a extensão das lesões.

A infiltração e a congestão das placas são de pouca intensidade e um grande numero tem pequenos prolongamentos.

Distingue-se uma variedade psoriosiforme pela apparencia das escamas que são espessas, estratificadas, seccas e sua superficie inferior rugosa.

Passemos agora a descrever as fórmas do lupus exanthematico generalisado que são: aguda e sub-aguda.

A fórma aguda disseminada do lupus exanthematico descripta por Kaposi em 1872, ordinariamente começa na face pela apparição de maculas lenticulares que se extendem excentricamente e attingem diversos centimetros de diametro, vermelhas, ligeiramente salientes, pruriginosas no começo, invadindo progressivamente toda a face assim como o couro cabelludo, determinando a queda do cabello. A erupção attinge successiva ou simultaneamente o tronco e os membros.

Muitas vezes se produzem vesiculas ou ecchymoses na area d'estas placas.

Dá-se rapidamente uma descamação furfuracea que começa pelo centro de cada placa, em cujo nivel os tegumentos podem estar infiltrados e espessos. O estado geral é grave, a febre pode chegar a 40 gráos e mais. Os phenomenos ge-

raes e lócaes soffrem taes alterações que podem deteminar a morte.

As artropathias têm sido observadas até mesmo nas fórmas sub-agudas e chronicas do lupus erythematoso.

Ha alterações nos apparelhos e visceras de gráo variavel. A pleuresia e a broncho-pneumonia têm sido observadas. Outras vezes porém o quadro symptomatico se traduz por accidentes de meningismo taes, como: cephalalgia intensa, vomitos, delirio e coma seguindo-se um termino fatal.

Na fórma sub-aguda os phenomenos geraes faltam ou são pouco claros. A erupção começa pela face e pode tornar-se local, porém na maioria dos casos invade os membros. A evolução pode ser muito rapida. A lesão elementar varía, ora começa por uma vesicula, outras vezes por uma macula erythematosa. As vesiculas se acham cobertas de escamas semi duras que se destacam facilmente uma vez que o doente esteja a coçar-se.

CAPITULO IV

Diagnostico e prognostico

O diagnostico do lupus de Cazenave é de uma extrema difficuldade.

Diversas são as dermatoses com as quaes podemos confundil-o.

Nos casos em que as lesões são caracteristicas o diagnostico torna-se mais facil.

Algumas vezes esta dermatose apresenta-se com a maioria dos symptomas já descriptos, outras vezes porém, estes symptomas são quasi nullos, as lesões epitheliaes e vasculares são diminutas; havendo casos em que uma das lesões predomina com exclusão de todas as outras como sóe acontecer nas fórmas congestivas fugaces, atrophicas, edemato-congestivas sem lesão epithelial, nas fórmas agudas, o que difficulta o diagnostico como acontece tambem nos casos onde os elementos associam os seus caracteres, simulando outras dermatoses, taes como: a psoriase, o eczema seborrheico, o herpes iris, a seborrhéa, e muitas outras que no discorrer do presente capi-

tulo iremos mencionando e ao mesmo tempo separando-as da dermatose que tem por denominação lupus de Cazenave.

Como sabemos o lupus erythematoso tem por séde especial a face sob qualquer fórma que se manifeste, podendo invadir as outras partes do corpo, sendo em algumas quasi completamente desconhecida a presença d'esta dermatose tal a sua raridade.

Assim outras dermatoses que se manifestam na face são susceptiveis de confusão com o lupus erythematoso, taes como: a acnea sebacea e a epitheliomatose que lhe é consecutiva.

O diagnostico differencial é difficil.

Devemos dar uma grande importancia á edade do doente, á epocha do inicio, ás pequenas ulcerações, á facilidade de sua producção e ao aspecto cancroide que toma, quando não tratada, caracteres nos quaes se funda a distincção.

Esta confusão é mais accentuada com o herpes de Devergie, porém a depressão atrophica d'este é mais profunda e as escamas são mais duras e seccas.

A distincção com as fórmas congestivas não é de grande difficuldade, porquanto sabemos que n'estas os phenomenos vasculares são mais accentuados.

Maior é a difficuldade para distinguirmos as fórmas congestivas do lupus erythematoso, de certos erythemas passageiros ou da acnea rosacea em evolução sem lesões apparentes.

Pela analyse da epiderma no caso de acnea telangiectasica sem suppuração follicular, não notamos a hyperkeratose, podemos achar ou não descamação; o estado do fundo apresenta-se muito congesto, pouco infiltrado, com enorme dilatação follicular sem hyperkeratose, ausencia de cicatriz, e de lesões no pavilhão auricular.

A acnea hypertrophica muita vez marca o inicio do lupus de Cazenave.

A distincção entre o lupus erythematoso e algumas fórmas anormaes da seborrhéa e a psoriase é difficil. N'estes as lesões são mais superficiaes.

No couro cabelludo e nas regiões pilosas da face, a pseudo-pellada de Brocq, o ulerythema sycosiforme, o favus, etc. simulam o lupus de Cazenave.

A pseudo-pellada differe principalmente pela ausencia de erythema e de lesões epitheliaes.

Além d'isto se acompanha de pruridos, e invade o couro cabelludo em ilhotas disseminadas, determinando a queda do cabello que ás

vezes é temporaria. As cicatrizes são superficiaes.

O ulerythema sycosiforme, a sycose lupoide, as alopecias cicatriciaes innominadas são clinicamente faceis a distinguir. O diagnostico do favus quando são encontrados os *godets* pathognomonicos é facil. Quando o lupus do couro cabelludo é recente existem cabellos sadios na zona congestiva o que não se dá com o favus.

As erupções medicamentosas podem simular o lupus erythematoso taes como: os erythemas da antipyrina, da belladona, dos bromuretos, ioduretos, os quaes se distinguem pela tendencia rapida a retroceder desde que cesse a causa que os produziu.

Nas mãos e nos pés o lupus erythematoso pode ser confundido com o erythema pernio, a asphixia local das extremidades, etc.

O erythema pernio é temporario e mal limitado; na maioria dos casos manifesta-se por uma mácula não deprimida de cor violacea ou avermelhada, sem lesões epitheliaes, doloroso pela pressão e mudança brusca de temperatura.

O lupus erythematoso pode succeder-lhe, o que não é raro.

Nas fórmas accentuadas, a asphyxia local manifesta-se com um cortejo de phenomenos paresthesicos locaes, que faltam ou que são diminutos no lupus erythematoso.

Localisa-se geralmente nos dedos, tanto dos pés como das mãos.

A preponderancia das reacções nervosas e vaso-motoras nos casos ligeiros e a intensidade das perturbações trophicas nos casos graves se prestam a distinguil-a do lupus erythematoso.

O eczema palmar e a psoriase se distinguem do lupus erythematoso da palma das mãos porque este traz sempre qualquer outra lesão em outras partes do corpo.

Podemos confundir esta dermatose com o herpes íris.

N'este o centro do erythema não é cicatricial, não ha escamas e a hyperkeratose é diminuta, caracteres estes com os quaes podemos estabelecer o diagnostico differencial.

Nas outras partes dos membros é com a folliclis e as diversas variedades de tuberculides.

E' necessario um exame attento para não confundirmos os elementos papulo vesiculosos do lupus erythematoso agudo, cujo vertice se desecca, formando uma escama não adherente,

cobrindo um centro deprimido, com os elementos populosos com centro necrotico da tuberculide disseminada.

Com a psoriase a confusão é possivel principalmente quando o lupus erythematoso simula a psoriase guttata.

Evitamos muita vez o erro pelo exame da escama, da adherencia, da existencia ou não de prolongamentos, da congestão, da vascularisação especial que se nota na psoriase quando se destacam as escamas e pelo estado liso e brilhante da pelle abaixo d'ellas.

Estas escamas são notaveis pelo seu aspecto brilhante.

Podemos confundir o lupus erythematoso dos membros com o lichen de Wilson.

As escamas não existem na lesão elementar do lichen plano.

E' muita vez difficil differenciarmos os erythemas premycosicos e os infectuosos dos exanthemas do lupus erythematoso disseminado de fórma aguda ou sub-aguda ou mesmo de certos erythemas persistentes que marcham francamente para o lupus erythemathoso.

Os erythemas premycosicos são mais pruriginosos e se acompanham muitas vezes de adenopathias.

Elles se manifestam nos individuos novos e começam geralmente sob a fórma de ilhótas.

O que nos parece mais caracteristico é a existencia da *réticula* sub-epithelial que revela o microscopio desde o primeiro periodo destas erythrodermias mycosicas.

A biopsia impõe-se nos casos duvidosos. Os erythemas escarlatiniformes, distinguimos das erythrodermias que se produzem no curso do lupus erythematoso, pela fórma da descamação e sua rapidez de apparição nos tres primeiros dias.

As atrophias cutaneas actualmente não se acham classificadas.

Quanto ao lupus erythematoso das mucosas o diagnostico é difficil, quando se tratam de placas primitivas e que nenhum phenomeno cutaneo vem precisar a natureza.

As syphilides e o lichen plano são particularmente embaraçosos.

O diagnostico differencial das syphilides com o lupus erythematoso das mucosas é difficil. Muita vez só é possivel pelo exame do centro

das placas que mostra uma cicatriz ligeiramente deprimida e pontuada no lupus erythematoso, algumas ulcerações no bordo das placas na zona de extensão marcada por uma faixa da largura de 2 à 3 millimetros e mais, um pouco elevada e de côr esbranquiçada ou acinzentada em alguns casos e vermelha em outros.

As syphilides terciarias podem apresentar aspectos analogos.

Nos labios em particular as syphilides terciarias podem formar um infiltrato sub-mucoso designado pelos auctores sob o nome de *siphiloma terciario em nappes* e que se acompanha de lesões que podem induzir em erro.

Nos casos de syphilides terciarias, no homem, podemos fazer o diagnostico pela coincidencia de lesões da mucosa lingual.

O lichen de Wilson das bochechas dá á mucosa um aspecto especial, com estrias esbranquiçadas e intumescencias moniliformes.

Ha casos em que estas estrias são pouco visiveis, o centro da placa deprimido, cicatricial e seus bordos ligeiramente erythematosos.

N'estes casos o meio mais seguro que temos para precisar a natureza das lesões é a biopsia.

Prognostico—O prognostico geral é sombrio, não pelo lupus que parece-nos influir sobre a saúde geral, mas porque esta dermatose sobrevèm nos individuos predispostos a tuberculose pulmonar ou já tuberculosos.

Os individuos attingidos por esta dermatose a sua vida é curta e limitada, prova evidente de sua debilidade não sò geral como local.

Brocq e outros crêm que o erythema centrifugo não se produz sempre em um tuberculoso e que os individuos nos quaes elle se manifesta sejam condemnados a morrer de tuberculose.

E' muito frequente a existencia de nephrite e albuminuria nos attingidos por esta dermatose.

O seu prognostico é tanto mais desanimador quanto mais violento é o seu começo. N'estas fórmas agudas a persistencia da reacção febril, a prostação, seccura da lingua e o delirio representam symptomas de máu agouro.

Tanto as fórmas fixas como as centrifugas são curaveis expontaneamente porém é um facto excepcional.

O prognostico local é de mediocre gravidade, o maior mal que esta dermatose faz é pro-

duzir cicatrizes mais ou menos profundas e deprimidas.

Ellas são notaveis pela sua côr esbranquiçada brilhante.

Muita vez nas fórmas agudas suas manifestações podem desapparecer sem deixar traços.

CAPITULO V

Tratamento

O tratamento do lupus de Cazenave divide-se: em geral e local.

Tratamento geral—Internamente não só nas fórmas fixas como nas centrifugas se empregam e com resultados mais ou menos satisfactorios, o oleo de figado de bacalháo, o iodo, o arsenico e seus compostos.

A salicina e o salicylato de sodio têm sido prescriptos por Crocker.

Segundo este observador é nas fórmas superficiaes hyperemicas que dão os melhores resultados.

O phosphoro tem sido indicado e applicado por Ducan Bulkley em todas as fórmas de lupus erythematoso, com excepção de disseminado de Kaposi, cujo emprego teve uma rapida influencia sobre a extensão e evolução das lesões.

A quina tem dado a Reichel bons resultados nos casos analogos aos de Crocker.

A ergotina, segundo alguns auctores, empregada só não é de muita utilidade, porém associada á quinina e á belladona ou á digitalis tem dado resultados satisfactorios á Brocq.

Este auctor administra 4 á 8 pilulas por dia da formula seguinte:

Sulfato de quinina }
Ergotina de Yvon } ana 5 a 10 centigr.

Extracto de belladona 1 á 3 milligrammas.

Excipiente e glycerina Q. S, para uma pilula.

Podemos obter, variando as doses, fazendo alternar a ergotina com hamamelis e a digitalis effeitos vaso-motores prolongados e muito uteis como adjuvantes da acção local.

A medicação hydro-mineral e a hypodermica são empregadas não só n'esta dermatose como no lupus vulgar.

As aguas indicadas preferiveis, são as chloruretadas-sodicas, as sulfurosas e as arsenicaes.

A cura expontanea d'esta dermatose é possivel, porém não é muito commum.

A tuberculina, na França, tem dado resultados mais ou menos satisfactorios, porém dizem alguns dermatologistas que nada se pode affirmar, porquanto não se sabe se n'estes casos

de cura se trata realmente de lupus erythematoso verdadeiro.

Legrain apresenta um caso de cura pelo sôro do carneiro.

Em summa todo individuo attingido d'esta dermatose, mesmo sem lesão pulmonar deve ser tratado como tuberculoso.

Tratamento local —Todo fóco lupico deve ser destruido desde que seja reconhecido.

Para conseguir este fim podemos lançar mão dos agentes physicos, dos causticos chimicos e do tratamento cirurgico.

Agentes physicos—A phototherapia consiste no tratamento do lupus, principalmente do lupus vulgar pelos raios luminosos concentrados.

Finsen emprega-os servindo-se de uma camara, limitada de um lado por uma lente plano-convexa e do outro por um vidro plano, cheia de uma solução ammoniacal de sulfato de cobre para dar passagem unicamente aos raios azues e violaceos.

Sobre a pelle se concentram os raios luminosos emanados de uma fonte voltaica que atravessam a camara.

A applicação se faz durante uma hora observando-se sómente no fim de 6 à 10 horas, o rubor e uma tumefacção, sem dôr, da pelle.

Este tratamento deve ser empregado por diversos mezes, cuja efficacia não podemos garantir em todos os casos.

Electrotherapia—Bissérie e Brocq têm empregado as correntes de alta frequencia e de alta intensidade, obtendo resultados favoraveis.

Estas correntes que devem ser applicadas duas á tres vezes por semana são seguidas de uma irritação que augmenta à medida que se multiplicam as sessões, cobrindo-se a pelle de crôstas que deixam após a sua quéda uma superficie vermelha e luzente.

Depois de um certo numero de electrisações, a formação d'estas crôstas cessa e se produz uma especie de deseccação da zona tratada.

Regrando-se a intensidade dos effluvios, vemos que a pelle se torna progressivamente lisa e branda.

O resultado definitivo podemos obter com 25 á 60 applicações, variando para mais ou para menos, que deve durar cada uma 3 á 5 minutos.

Este methodo se tem inconvenientes, tem numerosas vantagens, pois além de ser indolôr,

as modificações que produz são tão rapidas e estaveis como as produzidas pelos causticos chimicos e pelos methodos cirurgicos não radicaes, evitando a applicação de pensos desagradaveis e deixando emfim cicatrizes que são regulares e pouco visiveis.

Jacquot applicando este tratamento em 56 doentes, apresentou 39 curas radicaes.

O primeiro, dos methodos por nós referidos convém ás fórmas fixas, e o segundo aos erythemas centrifugos.

Thermotherapia--O ar quente tem permittido a cura de alguns casos de lupus erythematoso.

Hollœnder emprega-o como agente caustico a 300 gráus, passando n'uma serpentina metallica aquecida na chamma de uma lampada do Bunsen.

Depois de termos feito a abrazão da superficie da zona doente procederemos a cauterisação.

Quando os fócos são limitados se faz uma verdadeira carbonisação, se porém, são mais extensos, devemos empregar por diversas vezes, escarificação superficial.

Parece-nos que actualmente vae se desprezando este methodo.

A thermo-cauterisação e a galvano-cauterisação só empregamos nas fórmas fixas quando

não tivermos obtido resultado satisfactorio pelos topicos ou pelas escarificações e quando nos fôr impossivel beneficiar o doente com os methodos recentes.

Com excepção da escarificação a galvano cauterisação é o methodo que dá as melhores cicatrizes.

Uma vez graduado o galvano-cauterio introduzimol-o nos fócos lupicos até onde se experimenta uma certa resistencia, deixando simplesmente que a ponta do instrumento collocada no sentido conveniente penetre por si mesma.

Estas cauterisações são dolorosas.

Em alguns casos podemos empregar a anesthesia.

Nas creanças, quando queremos destruir de uma só vez lupus extensos podemos chloroformisal-as, porém ficamos condemnados a não empregar a chloroformisação nas applicações galvano-causticas ulteriores que são numerosas quando o lupus é de grande superficie.

Das hemorrhagias causadas por este processo nada temos a temer, porquanto a hemostasia se dá immediatamente; para isto basta a applicação na pelle, de um pouco de algodão hydrophilo,

fazendo-se compressão ligeira por alguns minutos.

Depois d'estas cauterisações o doente deve trazer pensos humidos boricados, podendo usal-os de dia ou de noite, dando-se assim a quéda das crôstas.

Os botões carnosos que se formam são queimados pelo nitrato de prata. A cicatrização regula levar 6 á 12 dias.

Causticos chimicos—Entre os agentes chimicos empregados não só para o tratamento d'esta dermatose como para o lupus vulgar citamos os acidos, salicylico, lactico, pyrogallico, phenico, nitrico e os emplastros na constituição dos quaes elles entram.

Os acidos salicylico e pyrogallico, são empregados em separado ou combinados em collodios cuja concentração podemos graduar á vontade. Os collodios em que entra o acido pyrogallico são dolorosos, assim como podem muita vez causar reacção inflammatoria.

O acido phenico em solução saturada na glycerina é um excellente topico que pode ser empregado diversas vezes por semana, podendo-se da mesma fórma empregar o acido chromico.

Além d'estes temos o arsenico, o balsamo do Perú, o alcool e o sabão negro que é um dos meios mais efficazes e de todos o mais simples.

Diversos auctores aconselham a juncção do sabão negro com os medicamentos activos, como o enxofre, a resorcina, o naphtol, e o acido pyrogallico, o que torna a sua acção mais energica.

Depois de o termos diluido em um pouco de alcool e extendido em um pedaço de flanella uma camada de 2 á 3 millimetros de espessura, applicamos nos pontos doentes, de uma a oito horas, variando para mais ou para menos, podendo ser até por muitos dias, conforme a susceptibilidade cutanea do enfermo.

Conforme a intensidade inflammatoria o penso consecutivo é feito à vontade, podendo ser com cataplamas de fecula, com pomadas de oxydo de zinco, simples, boricado ou boro-boratado. Quando a região torna-se vermelha, tumefeita e dolorosa é preciso parar e pensar com os topicos calmantes, fazer pulverisações, locções muito quentes para descongestionar e lavagens ligeiramente antisepticas.

Schutz tem obtido resultados favoraveis com o emprego do licor de Fowler.

Estes são os mais recommendaveis pela sua efficacia.

O balsamo do Perú puro ou associado ao oleo de ricino tem sido empregado por Hebra.

O alcool absoluto addicionado ao ether e ao chloroformio tem dado algum resultado no lupus de marcha rapida.

Applica-se embebido no algodão, sem exercer pressão.

Tratamento cirurgico—Diversos são os processos cirurgicos para o tratamento do lupus erythematoso.

Em primeiro logar temos a ablação com autoplastia que é empregada nos casos de lupus erythematoso fixo, quando as lesões são pouco extensas, segundo o methodo de Lang que consiste no seguinte: faz-se uma incisão peripherica a um millimetro além do limite apparente do lupus e depois disseca-se até os tecidos subcutaneos, tendo-se o cuidado, quando na face, de conservar o tecido adiposo o mais possivel, respeitando-se nos membros os tendões e as veias.

A sutura dos bordos da ferida só é applivel nos lupus pequenos; em geral convém fazer retalhos epidermicos pelo processo de Thiersch.

Em alguns casos as cicatrizes são viciosas, isto acontece nos lupus de certas regiões, taes como: palpebras, mão, planta do pé pelo que preferimos empregar ou o methodo de Ollier que consiste em applicar retalhos cutaneos sem pediculo ou o italiano modificado pelo preclaro cirurgião P. Berger.

Lang obteve em 35 casos, 24 curas sem recidiva.

A curetagem cujo emprego é mais delicado e mais restricto, é applicada de preferencia no lupus erythematoso do couro cabelludo.

Segundo Brocq é na forma do herpes cretaceo de Divergie que este processo é empregado com o melhor resultado.

A escarificação é menos efficaz n'esta dermatose que no lupus vulgar.

Vidal e Brocq seguem o processo seguinte:

Nas formas fixas as incisões são paralellas, profundas, curtas, pouco afastadas e regularmente dispostas sobre a neoplasia.

No erythema centrifugo são superficiaes e um pouco separadas, sob pena de deixarem cicatrizes viciosas.

Alguns dermatologistas entre elles Hallopeau não aconselham o emprego das escarifica-

ções lineares, prescriptas por Vidal e Brocq, apezar de darem cicatrizes regulares, por serem mais lentas do que a galvano-cauterisação e pela possibilidade de se obterem cicatrizes quasi tão perfeitas com este methodo, quando manejado com cuidado e antisepsia.

Emfim fica *ad libitum* do clinico escolher este ou aquelle methodo conforme as circumstancias.

Em vista de se ter observado alguns casos de cura definitiva d'esta dermatose em consequencia de uma erysipela intercurrente não hesitaremos nos casos em que os meios precedentes falharem, em provocar pela inoculação o desenvolvimento da erysipela, tendo previamente feito ver ao doente os perigos possiveis desta intervenção.

Depois da tal pratica porém, devemos pelo collodio ichthyolado e pelas injecções de Marmorek limitar a extensão da molestia que inoculamos como agente therapeutico.

E assim terminamos o nosso modesto trabalho cuja publicação foi com o fim exclusivo de satisfazer a lei.

Proposições

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I A carotida primitiva esquerda é mais longa e profunda que a direita.

I I A primeira nasce da crossa da aorta e a segunda do tronco brachio-cephalico.

I I I Ao nivel do bordo superior da cartilagem thyroide, ellas se bifurcam em carotida interna e carotida externa.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I O punho é a parte do membro superior comprehendida entre o ante-braço e a mão.

I I Divide-se em tres regiões, anterior, posterior e externa.

I I I Da região anterior do punho, o musculo mais interno é o cubital anterior.

HISTOLOGIA

I As glandulas sebaceas verdadeiras pertencem á classe das glandulas em cacho e occupam as partes superficiaes da derma.

I I Conforme a relação com os elementos cutaneos ellas se dividem em pilo-sebaceas e sebaceas independentes.

III Estas são mais raras que aquellas e só se observam na aureola do seio e nos pequenos labios.

BACTERIOLOGIA

I O bacillus anthracis é o unico germen responsavel pelo carbunculo.

II Esta affecção é eminentemente contagiosa.

III O cadaver de um carbunculoso deve ser incinerado.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I As periostites e a periostose são as lesões precoces da syphylis adquirida.

II As primeiras excepcionalmente suppuram.

III Geralmente se terminam por uma ossificação localisada da camada osteogena.

PHYSIOLOGIA

I Os alimentos são destinados á reparar as perdas do organismo e fornecer os materiaes necessarios á producção de diversas forças.

II A sua privação leva os animaes ao estado de inanição.

III Estes morrem desde que tenham perdido 4/10 do seu peso primitivo (Chossat).

THERAPEUTICA

I A phenedina cuja formnla é $C^{10} H^{13} Az O^{2}$ é um antipyretico e antinevralgico por excellencia.

II E' menos toxico que a antipyrina.

III A sua dose é de 1,50 à 2 grammas por 24 horas.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I O infanticidio é um crime de grande importancia sob os pontos de vista social e legal.

II E' classificado entre os crimes que devem ser mais severamente punidos.

III A penalidade varia de accordo com as épochas e os paizes.

HYGIENE

I A desinfecção é uma operação que tem por fim destruir ou tornar inoffensivos os germens pathogenos que os doentes disseminam no meio exterior.

II E'a arma mais poderosa que a hygiene possue contra as affecções transmissiveis.

I I I Sem ella todas as outras medidas porphylaticas são impotentes, entretanto, quando cuidadosamente feita, ella só, pode extinguir um fóco nascente.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I Chama-se phlebite à inflammação das veias.

I I Ellas se dividem em tres classes: phlebites infectuosas, constitucionaes e toxicas.

I I I As primeiras são mais numerosas.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I Chama-se pericardiotomia á incisão do pericardio.

I I Quaesquer que sejam a causa e a natureza da suppuração é indicada todas as vezes que se diagnostica a existencia de pús no pericardio.

I I I Como a pleurotomia, divide-se em intercostal e chondro-costal.

CLINICA CIRURGICA (1ª. CADEIRA)

I Os aneurymas cirroides além de produzirem a deformação do membro attingido, tornam-n'o impotente.

II Depois de algum tempo se ulceram determinando hemorrhagias.

III O unico tratamento racional e efficaz è a extirpação do tumor.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I Os symptomas dos abcessos encephalicos dividem-se em tres classes: de suppuração, de hyperpressão e de localisação.

II A febre que é o unico symptoma da suppuração é muito variavel, podendo faltar completamente.

III Citam-se alguns casos em que tem havido hypothermia.

PATHOLOGIA MEDICA

I A escarlatina é uma molestia contagiosa.

II A natureza do agente especifico é desconhecida.

III Na creança não tem predilecção por este ou aquelle sexo, porém no adulto é o sexo feminino quem paga o maior tributo.

CLINICA PROPEDEUTICA

I Na respiração indeterminada, descripta por Skoda o que é de maior importancia para o diagnostico é a sua localisação, em pontos limitados do thorax e uniteral.

II Este phenomeno merece mais attenção, quando é limitado em um dos vertices dos pulmões.

III N'este caso o clinico deve suspeitar de uma tuberculose incipiente.

CLINICA MEDICA (1ª CADEIRA)

I O periodo de incubação da dysenteria varia de 3 á 8 dias.

II Se algumas vezes, no curso da molestia a temperatura é normal outras vezes augmenta tomando o typo de febre remittente.

III A duração d'esta affecção é muito variavel.

CLINICA MEDICA (2ª CADEIRA)

I Em geral é de facil diagnostico o rheumatismo articular agudo.

II A acção benefica do acido salicylico sobre esta affecção é notavel.

III A dietetica tem uma grande influencia no seu tratamento.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I Germinação é a serie de modificações por que passa o grão permittindo assim ao embryão tornar-se planta.

II Os grãos devem estar em certar e determinadas condições para que a germinação se realise.

III Condições estas que são intrinsecas e extrinsecas.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I Tisanas são soluções aquosas fracamente carregadas de principios medicamentosos de origem vegetal.

II A sua composição é extremamente complexa e variada.

I I I Devem ser preparadas opportunamente em vista das fermentações a que estão sujeitas.

CHIMICA MEDICA

I No ar atmospherico, em estado livre o iodo existe em diminuta quantidade.

I I Este metalloide é muito soluvel no alcool, ether, chloroformio, benzina e sulfureto de carbono.

I I I E' empregado como antiseptico no tratamento das molestias syphiliticas e escrofulosas.

OBSTETRICIA

I A media exacta da edade da menopausa physiologica é de 46 annos, 4 mezes e 2 dias (Raciborski).

I I Este phenomeno em certo numero de mulheres se produz prematuramente, revestindo uma significação pathologica.

I I I O termo de menopausa precoce deve ser exclusivamente reservado aos casos em que a parada prematura das regras não tem por causa alterações organicas, nem affecções geraes, mas

está em relação com uma falta de funccionamento dos orgãos genitaes internos.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I A' inflammação da vulva, chama-se vulvite.

II Começa por uma excitação com prurido, calor e desejos venereos.

III Em geral esta affecção termina-se no espaço de alguns dias pela cura.

CLINICA PEDIATRICA

I A coqueluche é uma das molestias que têm predilecção pelas creanças.

II Principalmente quando estas são debeis, rachiticas ou escrofulosas.

III O sexo feminino é mais atacado que o masculino.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I Irite é a inflammação da iris.

II Pode ser serosa ou parenchymatosa.

III O extracto de belladona e o sulfato de atropina são de grande valor no seu tratamento.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I A syphilis è uma molestia curavel.

II O facto de suas manifestações serem intermittentes pode fazer com que muitos creiam na sua incurabilidade.

III O iodo e o mercurio são os especificos deste mal.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I Como todas as nevroses a hysteria pertence ao grupo das molestias hereditarias por excellencia.

II E' muito mais frequente na mulher do que no homem.

III Muita vez esta nevrose é causada pelo casamento.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1905.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.

Errata

Pags, linhs.	Onde se lê	leia-se
15 . . . 2 . .	*augio-motoras*	angio-motoras
16 . . . 7 . .	*de ser tal*	de ser para tal
17 . . . 4 . .	*que*	do que
20 . . .23 . .	*so-ffrem*	soffrem
22 . . . 1 . .	*inflamação*	inflammação
22 . . .17 . .	*onvolvido*	envolvido
30 . . . 3 . .	*herpescretaceo*	herpes cretaceo
30 . . .11 . .	*induração*	enduração
34 . . . 4 . .	*apressnta*	apresenta
35 . . . 5 . .	*erythemaroso*	erythematoso
35 . . .10 . .	*nota-sa*	nota-se
35 . . .13 . .	*podendos e notar*	podendo se notar
36 . . .16 . .	*acompanhado*	acompanhando
43 . . .16 . .	*n'estes*	n'estas
44 . . .18 . .	*asphixia*	asphyxia
48 . . .12 . .	*siphiloma*	syphiloma
51 . . .18 . .	*quina*	quinina
69 . . . 2 . .	*aneurysmas*	aneurismas
69 . . . 2 . .	*cirroides*	cirsoides
71 . . .12 . .	*certar*	certas
61 18	inch	ichthyolado